



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Mit zweierlei Maß: Die mangelnde Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychischen Störungen in der Schweiz

Trachsel, Manuel ; Biller-Andorno, Nikola

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-016-0407-7>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-127947>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Trachsel, Manuel; Biller-Andorno, Nikola (2016). Mit zweierlei Maß: Die mangelnde Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychischen Störungen in der Schweiz. *Ethik in der Medizin*, 28(3):239-247.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-016-0407-7>

Zeitschrift Ethik in der Medizin

Originalarbeit

Themenheft

„Instrumente der Vorausplanung in der Psychiatrie: Konzepte und Anwendungsfelder“

Mit zweierlei Mass: Die mangelnde Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychischen Störungen in der Schweiz

Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel ^{1,2}

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno ¹

¹ Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

² Psychiatriezentrum Münsingen, Münsingen, Schweiz

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel
Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte
Universität Zürich
Winterthurerstrasse 30
8006 Zürich
Schweiz
E-Mail: manuel.trachsel@uzh.ch
Telefon: 0041(0)786854454

Zusammenfassung

Einwilligungsfähige volljährige Personen mit psychischen Störungen interessieren sich vermehrt für die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu verfassen. Während in der Schweiz (wie in Deutschland auch) Patientenverfügungen grundsätzlich als verbindlich gelten, müssen Patientenverfügungen bei einer unfreiwilligen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik im Behandlungsplan lediglich berücksichtigt werden. Das eigentliche Ziel einer Patientenverfügung – die antizipative Selbstbestimmung – wird damit in Frage gestellt. Aus ethischer Perspektive ist festzuhalten, dass Patienten mit psychischen Störungen die gleichen Rechte haben wie Patienten mit somatischen Erkrankungen, so dass sich die Frage stellt, ob es gute Gründe für diese Ungleichbehandlung gibt. Im vorliegenden Beitrag werden vier mögliche Gründe genauer untersucht: (1) Patienten mit psychischen Störungen sind „anders“; (2) Schutz vor Selbstgefährdung; (3) häufig nicht gegebener Lebensende-Kontext; (4) reduzierte Verbindlichkeit als der generell adäquatere Standard. Die Autoren kommen zum Schluss, dass Personen mit psychischen Störungen vielfach durchaus in der Lage sind, eine gültige Patientenverfügung zu verfassen und genau wie andere Menschen ein prinzipielles und verbindliches Recht auf Selbstbestimmung haben, auch wenn sie in akuten Krisensituationen besonders schutzbedürftig sind.

Schlüsselwörter

Patientenverfügung, Psychiatrie, Ethik, Einwilligungsfähigkeit, Autonomie, Paternalismus

Abstract

Full age patients with mental disorders and preserved decision-making capacity are increasingly interested in drafting advance directives. Whereas in Switzerland (as well as in Germany) advance directives are binding in principle, an advance directive is not binding and has only to be considered in case of involuntary admission due to a mental disorder. Thereby, the virtual aim of an advance directive – the anticipated self-determination – is questioned. From an ethical perspective, patients with mental disorders have the same rights as patients with somatic diseases. Therefore, the question arises if there are good reasons for this unequal treatment. In the present contribution, four possible reasons are analyzed: (1) persons with mental disorders are “different”; (2) protection from self-harm; (3) often not present end-of-life context; (4) reduced bindingness as the more appropriate standard in general. The authors come to the conclusion that patients with mental disorders are often capable of composing a valid advance directive, and just as any other human being, they have a principal and binding right for self-determination, even though they are particularly vulnerable in crisis situations.

Keywords

Advance directive, psychiatry, ethics, decision-making capacity, autonomy, paternalism

Einleitung

Wie für alle anderen Formen von Patientenverfügungen gelten in den deutschsprachigen Ländern auch für Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen die folgenden rechtlichen Minimalvoraussetzungen: Eine Patientenverfügung muss in schriftlicher Form vorliegen und von einer einwilligungsfähigen¹, volljährigen Person eigenhändig unterschrieben werden. Die Anforderungen für die Verfassung einer Patientenverfügung wurden vom Gesetzgeber bewusst niedrig angesetzt, damit grundsätzlich alle einwilligungsfähigen Personen von dieser Möglichkeit zur autonomen Vorausbestimmung Gebrauch machen können.

In den meisten westlichen Ländern wurden in den letzten Jahren oder Jahrzehnten auf demokratischem Weg Gesetze zu Gültigkeit und Anwendungsbereich von Patientenverfügungen erlassen. Seit Juni 2006 sind Patientenverfügungen in Österreich, seit September 2009 in Deutschland und seit Anfang 2013 in der Schweiz auf nationaler Ebene gesetzlich geregelt. Gemeinsam ist den drei Gesetzen, dass der selbstbestimmte Patientenwille, der in Patientenverfügungen zum Ausdruck gebracht wird, für das Behandlungsteam rechtlich grundsätzlich bindend ist [23], sofern der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung einwilligungsfähig war [20]. Wichtig für die psychiatrische Praxis ist insbesondere, dass das Gesetz zur Regelung der Patientenverfügungen in Deutschland ausdrücklich keine Beschränkung der Reichweite beinhaltet, was bedeutet, dass diese nicht nur in Situationen am Lebensende oder für gewisse Erkrankungsformen gelten, sondern unabhängig von der Art und dem Fortschritt einer Erkrankung. Diese liberale Gesetzgebung bietet somit auch die Möglichkeit für *Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen*. In der Schweiz hingegen besteht keine Befolgungspflicht und Patientenverfügungen müssen lediglich berücksichtigt werden, wenn eine Person mit einer psychischen Störung im Rahmen einer Unterbringung gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen wird [13]:

Der Behandlungsplan wird der betroffenen Person zur Zustimmung unterbreitet. Bei einer urteilsunfähigen Person ist eine allfällige Patientenverfügung zu berücksichtigen. (Art. 433, Abs. 3 ZGB)

Damit hat der Gesetzgeber den Stellenwert der Patientenverfügung einer Person mit psychischer Störung relativiert, um zu erreichen, dass der Zweck der Unterbringung trotz vorliegender Patientenverfügung sichergestellt werden kann, nämlich „eine an einer psychischen Störung leidende oder geistig behinderte oder stark verwahrloste Person so zu behandeln und zu betreuen, wie es für diese Person aus Sicht der Fürsorge nötig ist“ [14].

Die meistgenannten Inhalte von Patientenverfügungen in der Psychiatrie betreffen gemäß einer Recherche von Vollmann in Deutschland (1) die grundsätzliche Ablehnung therapeutischer Eingriffe wie Medikation oder elektrokonvulsive Therapie, (2) konkrete Ablehnung bestimmter Therapien wie z.B. bestimmter Medikamente, (3) Angaben zur maximalen Therapiedauer, (4) Angaben zu maximalen Medikamentendosen, (5) Behandlungszustimmung unter bestimmten Bedingungen wie z.B. eine offene Station oder (6) Behandlungszustimmung beim Vorliegen einer spezifischen Situation wie z.B. bei akuter Suizidalität [23]. Empirische Studien aus den USA zeigen ein ähnliches Bild [16]: In 81% der Fälle ging es um bevorzugte Medikamente, in 64% der Fälle um nicht gewünschte Medikamente, in 68% der Fälle wurden anstelle einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik alternative Unterbringungsmöglichkeiten gewünscht, 89% der Patienten nannten spezifische bevorzugte

¹ Dem Rechtsbegriff der Einwilligungsfähigkeit in Deutschland entspricht der Begriff der Urteilsfähigkeit in der Schweiz [19]

Methoden der Deeskalation in Krisensituationen und 72% sprachen sich gegen die Anwendung elektrokonvulsiver Therapien aus.

Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen werden aktuell insbesondere in Großbritannien, Irland, Deutschland, Belgien, Kanada, Neuseeland, Australien und Indien gefördert, wurden bisher jedoch trotzdem eher selten eingesetzt [24]. Eine randomisierte kontrollierte Studie aus den USA konnte beispielsweise zeigen, dass Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen weit weniger eingesetzt werden als Patientenverfügungen am Lebensende, dass dies jedoch nicht mit mangelndem Interesse seitens der Patienten zu erklären ist [18]. Obwohl 66 bis 77 Prozent der Patienten mit psychischen Störungen an einer Patientenverfügung interessiert waren, hatten nur 4 bis 13 Prozent tatsächlich eine solche verfasst. Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen zwar zunehmend anerkannt und rechtlich verankert sind, dass diese jedoch trotz des Engagements von Betroffenenorganisationen praktisch noch wenig genutzt werden.

Die Ursachen für die geringe Anzahl der Patienten mit psychischen Störungen, die von der Möglichkeit einer Patientenverfügung Gebrauch machen, sind vielfältig [15]. In empirischen Befragungen von Personen mit psychischen Störungen, deren Angehörigen und behandelnden Fachpersonen wurden folgende Ursachen besonders häufig genannt: Schwierigkeiten im Verständnis und in der Komplexität des Verfassens von Patientenverfügungen, Zweifel am konkreten Nutzen und fehlende Kontakte mit vertrauten Personen, die als stellvertretende Entscheidungsträger fungieren könnten [18, 21]. Um solchen Schwierigkeiten zu begegnen, können gezielte Informations- und Trainings-Angebote hilfreich sein [9]. Es konnte zudem in einer kontrollierten randomisierten Studie gezeigt werden, dass fachliche Begleitung bei der Verfassung eine zuverlässige Methode ist, damit Patienten mit psychischen Störungen eine Patientenverfügung fertigstellen können und damit die Patientenverfügung hilfreiche Inhalte hinsichtlich der relevanten Behandlungswünsche enthält [18].

Die eingeschränkte Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei untergebrachten Personen mit psychischen Störungen in der Schweiz: ungerechtfertigte Ungleichbehandlung oder Differenzierung aus guten Gründen?

Aus theoretisch-ethischer Perspektive ist klar, dass Patienten mit psychischen Störungen im Grundsatz die gleichen Rechte mit Blick auf die Ausübung ihrer Selbstbestimmung haben wie somatische Patienten. Folglich ist eine Ungleichbehandlung von Personen mit psychischen Störungen versus somatischer Patienten hinsichtlich der Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nur dann gerechtfertigt, wenn es gute Gründe dafür gibt.

Patienten mit psychischen Störungen sind „anders“

Ein Grund für eine solche Ungleichbehandlung könnte sein, wenn Personen mit psychischen Störungen mit Blick auf ihre Einwilligungsfähigkeit generell „anders“ wären als Patienten mit somatischen Erkrankungen. Dass eine Person bei der Abfassung einer Patientenverfügung einwilligungsfähig sein muss, ist eine grundlegende Gültigkeitsvoraussetzung. Bestehen begründete Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit einer Person, muss diese durch eine ärztliche Fachperson überprüft werden [6, 23]. Oft wird argumentiert, dass Personen mit psychischen Störungen besonders häufig einwilligungsunfähig seien und dass dies ein Grund dafür sei, weshalb Patientenverfügungen

von Personen mit psychischen Störungen nicht bindend sein sollten. Dieses Argument kann unter Bezugnahme auf empirische Studien klar widerlegt werden: Obwohl bis zu einem Viertel der psychiatrischen Konsultationen in allgemeinmedizinischen Krankenhäusern die Frage nach der Einwilligungsfähigkeit beinhalten [8], und obwohl jede Erkrankung, bei der psychische Funktionen betroffen sind, potentiell mit Einwilligungsunfähigkeit einhergehen kann [1], wurde empirisch gezeigt, dass die Einwilligungsfähigkeit bei den meisten Personen mit einer psychischen Störung erhalten ist [22]. Grisso und Appelbaum fanden in einer Studie mit mehreren hundert Teilnehmern, dass ca. 24% der Patienten mit einer depressiven Störung und ca. 52% der Patienten mit einer Schizophrenie als einwilligungsunfähig beurteilt wurden [5, 17]. Bei Patienten mit Demenzen ist der Anteil an einwilligungsunfähigen Personen hingegen deutlich höher. Bei schweren Demenzen ist es die Norm, dass eine deutliche Mehrheit der Patienten für medizinische Entscheidungen einwilligungsunfähig ist und bei milden bis mittelgradigen Demenzen sind es immer noch über die Hälfte [11]. Bei Patienten mit Demenzen kann die Einwilligungsfähigkeit über die Zeit in Abhängigkeit von kognitiven Fluktuationen zudem deutlich schwanken [19]. Zusammenfassend kann und darf also von einer vorliegenden psychischen Störung nicht direkt auf die Einwilligungsunfähigkeit einer Person geschlossen werden. Dies bedeutet gleichzeitig, dass Patienten mit psychischen Störungen mit (erhaltenen) kognitiven Fähigkeiten meistens auch in der Lage sind, eine Patientenverfügung zu verfassen. Somit gibt es bezüglich Einwilligungsfähigkeit keine empirische Grundlage, um Patienten mit psychischen Störungen im Gegensatz zu somatischen Patienten pauschal das Recht abzusprechen, eine verbindliche Patientenverfügung zu verfassen.

Schutz vor Selbstgefährdung

Als weiterer Grund für eine Ungleichbehandlung könnte angeführt werden, dass Inhalte einer Patientenverfügung von Personen mit psychischen Störungen die Behandlung signifikant erschweren würden. Beispielsweise kann die Ablehnung jeglicher Neuroleptika in einer Patientenverfügung die Behandlung einer psychotischen Episode erschweren oder gar verunmöglichen. Die ethische Überlegung, dass hier das Prinzip der Fürsorge höher gewichtet werden sollte als das Prinzip des Respekts vor der Autonomie rechtfertigt jedoch keinen starken Paternalismus gegenüber einer Person, die in einem einwilligungsfähigen Zustand eine Patientenverfügung verfasst hat.

Zusammenhängend mit der oben genannten Befürchtung einer erschwerten Behandlung könnte angeführt werden, dass durch Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen Bemühungen zur Unterbringung von Patienten zum Schutz vor Selbstgefährdung unterlaufen werden könnten. Akute oder latente Selbstgefährdung galten traditionellerweise als Rechtfertigungsgrund für paternalistisches Eingreifen in der Psychiatrie und dieser „Fürsorge vor Autonomie“-Reflex ist auch in der heutigen Praxis noch teilweise präsent. Dies widerspiegelt sich in noch heute gültigen Gesetzesbestimmungen, die besagen, dass für eine Unterbringung gegen den Willen einer Person deren Einwilligungsfähigkeit keine Rolle spielt. Der entsprechende Gesetzestext im Schweizerischen Zivilgesetzbuch lautet:

Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.“ (Art. 426, Abs 1 ZGB)

Unter Juristen, Medizinern und Ethikern besteht kein Konsens darüber, ob eine Unterbringung einer – nota bene einwilligungsfähigen – Person gegen deren Willen zum Schutz vor Selbstschädigung überhaupt zu rechtfertigen ist. Von der Unterbringung abgesehen, wird es in anderen Bereichen der einwilligungsfähigen Person überlassen, inwieweit sie sich selbst körperlich und psychisch schädigen will. Patientenverfügungen irgendwelcher Art können Anweisungen zur Ablehnung medizinischer Maßnahmen enthalten und werden berücksichtigt, auch wenn diese aus der Perspektive medizinischer Fachpersonen per se als selbstschädigend angesehen werden. Dabei gilt im schweizerischen wie auch im deutschen Recht der Grundsatz der straflosen Selbstschädigung.² In einer freiheitlichen Rechtsordnung ist der Einzelne nicht vor sich selbst, sondern nur vor anderen zu schützen. Als Beispiele kann auf die Straflosigkeit des Suizid(versuch)s, von Zigarettenkonsum oder Risikosportarten verwiesen werden.

Häufig nicht gegebener Lebensende-Kontext

Ein weiterer Grund für eine Ungleichbehandlung psychiatrischer und somatischer Patienten hinsichtlich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen könnte sein, dass sich Patientenverfügungen von somatischen Patienten besonders oft auf medizinische Situationen am Lebensende beziehen, wohingegen Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen häufiger therapeutische Interventionen beinhalten. Das nahende Lebensende kann jedoch ebenfalls kein Kriterium für die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung sein. Unter Umständen könnte die Fähigkeit, künftige Situationen zu antizipieren bei Patienten mit psychischen Störungen sogar besser sein, da diese in der Vergangenheit bereits eine oder mehrere akute Episoden ihrer Störung erlebt haben. Der episodische oder rezidivierende Verlauf in dem Sinne bildet sogar ein Merkmal einiger prominenter psychischer Störungen. So verlaufen etwa die depressive Störung, die bipolare Störung oder teilweise auch psychische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis episodisch. Patienten können mental in relativ symptomfreien Intervallen prinzipiell auf Erfahrungen in akuten Episoden zurückgreifen und durchgeführte therapeutische Behandlungen oder Zwangsmaßnahmen retrospektiv kritisch reflektieren und bewerten. Einschränkend muss festgehalten werden, dass sich die Gedächtnisfunktionen bei der depressiven Störung oder bei Schizophrenie-Spektrum-Störungen mit jeder zusätzlichen Episode verringern wobei das autobiografische Gedächtnis im Allgemeinen länger erhalten bleibt als das episodische [2, 12].

Die reduzierte Verbindlichkeit als der generell adäquatere Standard

Schliesslich könnte man argumentieren, dass es in der Psychiatrie besser als für den Bereich der somatischen Medizin gelungen ist, eine Balance zwischen Respekt vor der Autonomie des Patienten und der gebotenen Fürsorge zu finden. Von daher sollte eher die Verbindlichkeit der Patientenverfügung auch im Bereich der somatischen Medizin zurückgenommen als umgekehrt eine Aufwertung der Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen gefordert werden.

Es ist unbestritten, dass eine klare rechtliche Verbindlichkeit der Patientenverfügung eine fachgerechte, konsistente und am unmittelbaren Patientenwohl orientierte Behandlung erschweren kann. Allerdings entspricht die Massgabe, dass medizinische Interventionen wenn immer möglich durch den geäusserten, antizipierten oder mutmasslichen Patientenwillen gedeckt sein müssen, dem aktuellen gesellschaftlichen Konsens. Statt den Status von

² BGE 134 IV 149 E.4.5; BGE 131 IV 1 E. 3.3.

Patientenverfügungen zurückzunehmen, wäre in diesem Sinne eher auf eine bessere Beratung bei der Abfassung von Verfügungen hinzuwirken, so dass diese schlüssig und konzise die Vorstellungen des Patienten vermittelt.

Dennoch ist der in der Medizin vielfach präsente Impuls, Leben zu retten und durch medizinische Interventionen zu heilen, als Ausdruck einer fürsorglichen Haltung und womöglich auch als Korrektiv vor einer – ebenfalls unerwünschten – reinen Dienstleistungsmentalität zu würdigen. Idealerweise können medizinischer Rat und Selbstbestimmung des Patienten so ineinander greifen, dass eine Patientenverfügung nicht als ebenso unzulängliche wie fehlplatzierte Instruktion wahrgenommen wird.

Fazit

Es ist einleuchtend, dass Gesundheitsfachpersonen einer Patientenverfügung grundsätzlich entsprechen müssen, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass diese auf freiem Willen beruht oder dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. In der Schweiz sind Patientenverfügungen nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht im Gegensatz zu Deutschland jedoch nur bei somatischen Erkrankungen verbindlich. Fachpersonen müssen Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen im Behandlungsplan lediglich berücksichtigen, wenn eine Person im Rahmen einer Unterbringung gegen ihren Willen in eine Klinik eingewiesen wird.

Obwohl der Gesetzgeber damit intendiert hat, dass eine an einer psychischen Störung leidende oder stark verwahrloste Person so behandelt und betreut werden kann, „wie es für diese Person aus Sicht der Fürsorge nötig ist“ [14], gibt es – wie bereits ausgeführt – keinen weiteren ethisch zu rechtfertigenden Grund, weshalb Patientenverfügungen nicht auch für Patienten mit psychischen Störungen verbindlich sein sollten, wenn sie die formalen Anforderungen inklusive Einwilligungsfähigkeit erfüllen. Die Voraussetzungen und der Mechanismus, gemäss denen eine Patientenverfügung in Kraft tritt, sind für psychische und somatische Erkrankungen dieselben. Betrachtet man beispielsweise die Ablehnung einer medizinisch indizierten Behandlung in einer Patientenverfügung, so entsteht aus medizinischer Sicht in beiden Fällen ein Gesundheitsschaden, ob nun eine psychische oder eine somatische Erkrankung vorliegt. Eine solche Selbstschädigung durch Ablehnung einer indizierten medizinischen Behandlung wird einer einwilligungsfähigen Person normalerweise jedoch zugestanden; weshalb sollte es in einer Patientenverfügung anders sein, die eine Person mit einer psychischen Störung zu einer Zeit verfasst hat, in der sie einwilligungsfähig war?

Wenn Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen im Gegensatz zu Patientenverfügungen in der somatischen Medizin lediglich berücksichtigt werden müssen und nicht verbindlich sind, führt dies zu einer zusätzlichen Stigmatisierung einer Patientengruppe, die erstens besonders vulnerabel ist und zweitens per se bereits mit Stigmatisierung und Diskriminierung zu kämpfen hat [4]. Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen für verbindlich zu erklären hat deshalb einerseits das Potential einer solchen Stigmatisierung und Diskriminierung entgegenzuwirken. Andererseits könnten damit Verbesserungen in der Patientenversorgung erreicht werden.

Wie auch die Möglichkeit des assistierten Suizids den Ausbau der Palliative Care beflügelt haben mag, so wird es vielleicht einen ähnlichen Effekt in der Psychiatrie geben, wenn Patientenverfügungen von Personen mit psychischen Störungen verbindlich sind; im Sinne von Autonomieförderung, Reduktion von Zwangseinweisungen

und Zwangsmaßnahmen oder Verbesserung der therapeutischen Beziehung. Dass es durch die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bei Personen mit psychischen Störungen zu (1) Autonomieförderung, (2) Rückfallprävention, (3) Reduktion von Zwangseinweisungen und (4) Zwangsmaßnahmen, (5) Kosteneffizienz (6) einer Verbesserung der therapeutischen Beziehung und (7) zu einer verbesserten Beziehung zwischen Patienten und Angehörigen kommt [10] sind jedoch Hypothesen, die einer empirischen Bestätigung bedürfen.

Der Gefahr eines paternalistischen Umgangs mit Patientenverfügungen besteht weiter und sollte ernst genommen werden. Aufgrund der besonderen Vulnerabilität von Patienten mit psychischen Störungen, gilt dies insbesondere für den Bereich der Patientenverfügungen. Ein nützliches Instrument der Vorausplanung kann in diesem Zusammenhang das Advance Care Planning zusammen mit der behandelnden Fachperson sein, wo eine Übereinstimmung der Patientenwünsche mit medizinisch indizierten zukünftigen Interventionen angestrebt wird [7]. Darüber hinaus ist es wünschenswert, dass eine entsprechende Schulung Teil der Aus- und Fortbildung der psychiatrischen Fachärzte und weiterer psychiatrischer Fachpersonen wird. Das eigentliche Ziel einer Patientenverfügung – die Stärkung der Patientenautonomie – sollte bei deren Umsetzung nie aus den Augen verloren werden.

Interessenskonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Danksagung

Die Autoren danken Susanne Brauer (PhD) für wertvolle Anregungen, insbesondere im Zusammenhang mit ihrem Referat anlässlich einer Sitzung der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften am 5. Februar 2016 in Bern sowie für die kritische Durchsicht des Manuskripts.

Literatur

1. Appelbaum PS (2007) Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 35: 1834–1840.
2. Berna F, Potheegadoo, J Aouadi, I (2016) A Meta-Analysis of Autobiographical Memory Studies in Schizophrenia Spectrum Disorder. *Schizophr Bull* 42: 56-66.
3. Emmerich A, Rigotti T (2014) In MA Wirtz (Hrsg.) *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 17. Auflage. Göttingen, Hogrefe.
4. Gaebel W, Rössler W, Sartorius N (2016) *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Berlin: Springer.
5. Grisso T, Appelbaum PS (1995) Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry* 152: 1033–1037.
6. Hermann H, Trachsel M, Biller-Andorno N (2015) Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil? *Ethik Med* doi:10.1007/s00481-015-0360-x
7. Houben, CH, Spruit, MA, Groenen et al (2014) Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J AM Med Dir Assoc* 15: 477-489.
8. Jourdan JB, Glickman L (1991) Reasons for request for evaluation of competency in a municipal general hospital. *Psychosomatics* 32: 413–416.

9. Kemp K, Zelle H, Bonnie RJ (2015) Embedding advance directives in routine care for persons with serious mental illness: the challenge of implementation. *Psychiatr Serv* 66: 10-14.
10. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M et al (2014) Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health*, 2: 1-5.
11. Kim SYH, Karlawish JHT, Caine ED (2002) Current state of research on decision-making competence of cognitive impaired elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 10: 151–165.
12. Maeshima H, Baba H, Satomura E et al (2016) Residual memory impairment in remitted depression may be a predictive factor for recurrence. *J Clin Psychiatry* 77: 247-51.
13. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (2011) Patientenverfügung. Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Stellungnahme Nr. 17. Bern: NEK-CNE.
14. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2015) Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizin-ethische Richtlinien. Bern: SAMW.
15. Shields LS, Pathare S, van der Ham AJ, Bunders J (2014) A review of barriers to using psychiatric advance directives in clinical practice. *Adm Policy Ment Health* 41: 753-766.
16. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T et al (2005) The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* 56: 592-598.
17. Swanson JW, Swartz MS, Hannon MJ et al (2005) Psychiatric advance directives: a survey of persons with schizophrenia, family members, and treatment providers. *Int J Forensic Ment Health* 2: 73–86.
18. Swanson JW, Swartz M, Elbogen EB et al (2006) Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 163: 1943-1951.
19. Trachsel M, Hermann H, Biller-Andorno N (2014) Cognitive fluctuations as a challenge for the assessment of decision-making capacity in patients with dementia. *Am J Alz Dis Other Dementias* 30: 360-363.
20. Trachsel M, Hermann H, Biller-Andorno N (2014) Urteilsfähigkeit: Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung. *Swiss Medical Forum* 14: 221-225.
21. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E, Feron J (2008) Reducing barriers to completing psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health* 35: 440-448.
22. Vollmann J (2007) Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis. Ein medizinteoretisches Modell und seine praktische Umsetzung. *Psychiatr Prax* 24: 181–184.
23. Vollmann J (2012) Patientenverfügungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Gültigkeit, Reichweite, Wirksamkeitsvoraussetzung und klinische Umsetzung. *Nervenarzt* 83(1): 25-30.
24. Zelle H, Kemp K, Bonnie RJ (2015) Advance directives in mental health care: evidence, challenges and promise. *World Psychiatry* 14: 278-280.